

Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної  
адміністрації

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
АЛЕРГІЧНИХ І НЕАЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ» ІЗ САТЕЛІТНИМ  
СИМПОЗИУМОМ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ  
ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ»**

*25-26 жовтня 2016 року*

Чернівці  
«Місто»  
2016

**ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ  
АСТМИ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА ТЛІ  
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ**

Безрукова Т.Л., Колобакіна Л.В., Хільчевська В.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний  
медичний університет», м. Чернівці

Бронхообструктивний синдром (БОС) у дітей є гетерогенним за своєю суттю і може бути проявом багатьох захворювань. Зазвичай, бронхообструкція розвивається на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) і у більшості дітей є одним із клінічних проявів гострого обструктивного бронхіту або бронхіоліту. За даними літератури результатом рецидивуючого БОС у дітей перших п'яти років життя у 10,0% випадків є бронхіальна астма. У віковому аспекті найбільш прогностично несприятливим для її розвитку є виникнення першого епізоду бронхообструкції у віці від 1 до 3 років. Виходячи з цього, актуальним є виявлення найбільш значимих факторів ризику розвитку бронхіальної астми у дітей, які перенесли в перші роки життя БОС будь-якого генезу.

Метою роботи було вивчення прогностичного значення клінічно-анамнестичних показників перебігу БОС на тлі ГРВІ у дітей раннього віку щодо подальшої можливості рецидивування та розвитку БА. Проведено багаторічне спостереження за когортою хворих, яку сформували 700 дітей, що лікувалися в пульмонологічному відділенні ОДКЛ з приводу БОС. Відмічено, що після комплексного лікування повторні епізоди БОС спостерігалися тільки у 312 дітей (44,6±1,9%). У 111 пацієнтів (15,9±1,4%) випадки БОС реєструвалися лише до 5-річного віку, у 138 хворих (28,7±1,7%) вони тривали до 15-річного віку, а у 63 осіб (9,0±1,1%) виникали і в подальшому.

Аналіз результатів комплексного обстеження хворих дозволив виявити групу показників ризику щодо рецидивування БОС: початок захворювання після двох років [ВР 3,2 (95% ДІ: 1,7-5,9); АР 28,3%], перенесений бронхіоліт [ВР 2,0 (95% ДІ: 1,0-4,2); АР 16,6%], більше 4 епізодів попередніх бронхообструкцій [ВР 2,4 (95% ДІ: 1,4-4,3); АР 22,2%], позитивний сімейний алергологічний анамнез [ВР 6,2 (95% ДІ: 3,3-11,6); АР 42,3%], тютюнокуріння батьків [ВР 2,2 (95% ДІ: 0,9-4,9); АР 18,6%], тяжкий

перебіг епізодів БОС [ВР 13,6 (95% ДІ: 3,6-51,6); АР 47,9%].

Таким чином, наявність наведених клінічно-анамнестичних показників у дітей раннього віку з повторними епізодами БОС дозволяє створити групу високого ризику щодо розвитку бронхіальної астми в подальшому.

УДК 378.147:616-053.2:004

## **ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІРТУАЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ У НАВЧАННІ ПЕДІАТРІЇ ЯК ЕТАП У ПІДГОТОВЦІ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОЕКТУ TAME**

Богуцька Н.К.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний  
медичний університет», м. Чернівці

Термін «віртуальний пацієнт» використовується для опису інтерактивних комп'ютерних симуляцій у медичній освіті. Віртуальні пацієнти об'єднують наукові досягнення, сучасні технології та інноваційні концепції навчання. Віртуальний пацієнт дозволяє студентам приміряти на себе роль професіонала і розвинути навички діагностики та клінічного мислення. Є багато різних моделей існування віртуальних пацієнтів, однак основним принципом є їх інтерактивність - для студента створені механізми взаємодії з наданими матеріалами або інформацією в процесі навчання. До віртуальних пацієнтів відносять штучних, реальних (електронних), імітаційних пацієнтів, фізичні симулятори (манекени, муляжі), електронні кейси та сценарії та ін.

Метою дослідження був попередній аналіз використання віртуальних пацієнтів на додипломному етапі в навчанні педіатрії. Для досягнення поставленої мети проаналізовані джерела і моделі віртуальних пацієнтів в електронній освітньому середовищі Moodle, що використовуються у вивченні педіатрії на додипломному етапі.

Стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) стала складовою навчальних програм з вивчення педіатрії впродовж останніх 10 років для студентів 6-го курсу спеціальностей «лікувальна справа» та «педіатрія» (8-12 годин). Впровадження стратегії ІВХДВ на додипломному етапі навчання співпало в часі з початком використання у вишій системі електронного навчання - модульного об'єктно-орієнтованого динамічного навчального середовища Moodle. С допомогою цього веб-додатка були створені відповідні сайти для онлайн-